

情報共有システム利用登録依頼書

(参加者:医療機関、その他事業者用)

丸亀市長 殿

在宅医療・介護に関する多職種連携のための医療介護連携システム利用について、
規定の誓約事項を遵守いたしますのでシステム利用登録を申請します。 年 月 日

カナミックネットワーク会員情報 情報連携運営者

貴社名	丸亀市
ご担当者名	入江 準子
ご連絡先電話番号	TEL 0877-24-8933/ FAX 0877-24-8914
依頼書送付先	763-0034 香川県丸亀市大手町二丁目4番21号 丸亀市健康福祉部高齢者支援課 地域包括支援センター

*****情報共有システム ID 発行依頼先情報*****
※法人の場合は法人名もご記入ください

医療機関・事業者情報	(フリガナ) 法人名・ 医療機関名			
	(フリガナ) 申請者		(フリガナ) 代表者	印
	住 所	〒		
	電話番号		FAX	
	E-Mail			

No.	(フリガナ) システム利用者氏名	職種	システム利用機器
1	(フリガナ) (氏 名)	医師・看護師 ()	
2	(フリガナ) (氏 名)	医師・看護師 ()	
3	(フリガナ) (氏 名)	医師・看護師 ()	
4	(フリガナ) (氏 名)	医師・看護師 ()	
5	(フリガナ) (氏 名)	医師・看護師 ()	

※介護保険の事業所番号がある訪問看護ステーション所属の看護師は、様式 2-2 で申請してください。

連絡欄	
-----	--

Ver.2016A1